

- тамоксифен – в течение 3 месяцев по 10 мг в день;
- парлодел – по 1,25 мг в день в течение 15 дней и затем по 2,5 мг в день в течение 3 месяцев;
- прогестерон – 1 % по 1,0 внутримышечно один раз в день с 18 по 25 день менструального цикла в течение 3 месяцев;
- ежемесячное динамическое наблюдение участкового педиатра и гинеколога.

К сожалению, наша пациентка обратилась к нам в то время, когда оперативное лечение, по-видимому, окажется неизбежным. Поэтому мы предполагаем, что после курса консервативной терапии больной будет выполнена редукционная маммопластика по одной из общепринятых методик [6]. В одном из последующих номеров нашего журнала мы представим вашему вниманию результаты лечения данной пациентки.

Литература

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Л. 1989. 464 с.
2. Бурдина Л.М. // Маммология. 1992. № 1. С. 28-43.
3. Вайнберг Э.Г., Маркерова О.С., Пхаладзе Л.А. // Акуш. и гинеколог. - 1986. - № 7. - С. 61.
4. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков / Руководство для врачей. СПб., ИКФ «Фолиант», 2000. С. 574.
5. Зайратьянц О.В. // Арх. Пат. 1984. № 7. С. 87-91.
6. Малыгин Е.Н., Бутина М.Н. // Гинекология. 1999. Т. 1. № 2. С. 17-26.
7. Мануилова И.А. // Сов. Медицина. 1978. № 6. С. 64-68.
8. Мельниченко Г.А., Бухтеева Р.Ф., Капелович М.Р., Гитель Е.П. // Сов. Медицина. 1981. № 5. С. 14-15.
9. Прилепская В.Н. Вторичная аменорея у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. М., 1989. 46 с.
10. Сметник В.П. // Гинекология. 2000. Т. 2. № 5. С. 22-29.
11. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. М., 1990. вып. 1. 74 с.
12. Cancer Chemotherapy Handbook / Ed. R. T. Dorr, D.D. Von Hofforwalk, 1994. P. 866-875.
13. Fisher B., Constantino J.P., Wicherham D.L. et al. // J. Natl. Cancer Inst. 1998. Vol. 90. P. 1371-1388.
14. Mauvais-Jarvis F., Kuttenn F., Gompel A. // Endocrinology of breast: Basic and clinical aspects. - N.Y. 1986. - P. 152 - 167.

**А.В. Сукало, Е.С. Зайцева,
Е.И. Юшко**

Кафедра детских болезней № 1
Минского медицинского
института, г. Минск

Синдром «сливового живота»

Описан случай комплексного множественного врожденного порока - синдром «сливового живота», (синдром триады, синдром «prime-belly»). Представлена клиника, диагностика, этапность и исходы лечения больного.

Аномалии развития мочеполовых органов составляют около 1/3 всех врожденных пороков развития (ВПР) человека, у детей они занимают 35-40 % общей структуры ВПР [1].

Вследствие тесной эмбриогенетической связи в 33 % аномалии мочевой системы сочетаются с пороками развития половых органов [1].

Пороки развития половых органов могут входить в комплексы множественных вро-

жденных пороков, одним из которых является синдром «сливового живота», (синдром триады, синдром «prime-belly») [1], который представляет собой следующий симптомокомплекс:

- уретерогидронефроз вследствие нейромышечной дисплазии мочеточников (НМД);
- крипторхизм;
- недоразвитие или аплазия мышц живота.

Уретерогидронефроз представляет собой наиболее тяжелую форму НМД мочеточников, проявляющуюся истончением стенки, увеличением диаметра, удлинением мочеточника с множественными коленообразными изгибами мочеточников и расширением чашечек и лоханок почки. Характерны атрофия мышечных волокон, резкое уменьшение количества эластических волокон, наличие хронического воспаления с очагами склероза [3].

Гидронефротическая трансформация неизбежно приводит к развитию хронической почечной недостаточности. В связи с этим весьма важно своевременно проводить оперативное лечение. Цель операции - сохранить функции почки и восстановить, или хотя бы улучшить динамику опорожнения мочевых путей [2].

Выбор хирургической тактики является сложной проблемой детской урологии, что обусловлено двухсторонней локализацией изменений верхних мочевых путей почек, а также рано возникающими вторичными изменениями. Среди хирургических методов выделяют два основных: резекция дистальных отделов мочеточников и пересадка их в мочевой пузырь и подвешная уретерокутанеостомия с последующими реконструктивными операциями [3].

Синдром «сливового живота» встречается относительно редко, и представляемый случай из практики имел, на наш взгляд, определенный интерес для клиницистов.

Ребенок Л. 14.04.1993 г.р. от первых родов и первой беременности с рождения воспитывается в детском доме. Мать с целью прерывания беременности в сроке 4-х недель принимала неизвестный лекарственный препарат. Вес при рождении 3090 г, рост 49 см, с рождения на искусственном вскармливании.

Осмотрен генетиком в роддоме: множественные врожденные пороки развития (аплазия мышечного слоя передней брюшной стенки, двухсторонний крипторхизм, синдром «сливового живота»).

Данные УЗИ брюшной полости от 23.09.94 г. (5 месяцев):

- явления умеренной гепатомегалии;
- правая почка: 60x26 мм, контуры четкие, корковый слой до 10 мм, лоханка 6x11 мм, чашечки до 4x5 мм, начальный отдел мочеточника широкий - до 9 мм;
- левая почка: контуры нечеткие, 70x27 мм, корковый слой до 9 мм, чашечки и лоханка, начальный отдел мочеточника значительно расширены, дифференцировать их друг от друга не представляется возможным.

На первом году жизни ребенок рос с отставанием в психомоторном развитии, несколько раз перенес простудные заболевания. Изменения в моче в виде лейкоцитурии впервые выявлены с полуторолетнего возраста. Неоднократно осматривался урологом, получал медикаментозное лечение по поводу вторичного хронического пиелонефрита.

В 3-летнем возрасте (с 12.04.96 г.) проведено обследование и хирургическое лечение уретерогидронефроза в урологическом республиканском центре (УРЦ). Диагноз: врожденная аномалия мочевых путей; инфравезикулярная обструкция. Двухсторонний уретерогидронефроз. Вторичный хронический пиелонефрит. Двухсторонний брюшной крипторхизм.

Данные исследований

На экскреторной урограмме (ЭУ) от 16.04.96 г. (фото №1) на 7-й, 20-й, 45-й минутах определяется выделительная функция обеих почек, картина двухстороннего уретерогидронефроза (справа - 2-й, 3-й степени, слева - 3-й, 4-й степени). Слева значительно расширена чашечка, лоханка до 5x6 см, мочеточник расширен на всем протяжении, в диаметре до 1,7 см. Справа мочеточник расширен до 0,8 см, диаметр мочеточника увеличен до 1,2 см. Множественные коленообразные изгибы и выраженное сужение над входом в мочевой пузырь обеих мочеточников. Эвакуация контрастного вещества из обеих почек резко замедлена. Мочевой пузырь имеет неровные контуры, башенный верх, шейка приподнята над лонным сочленением.

Цистоскопия: уретра проходима, остаток мочи - 10 мм, шейки ригидна, слизистая розовая. Устья, по одному с каждой стороны, не зияют.

7.05.96 г. выполнена операция - резекция верхней трети левого мочеточника, нефростомия. В послеоперационном периоде обострение пиелонефрита с обеих сторон. Проводилась детоксикационная, противовоспалительная терапия.

По данным антеградной пиелограммы, проходимость мочи низкая. Картина гнойного пиелонефрита осложнилась задержкой мочи, что потребовало оперативного лечения. 25.05.96 г. - цистостомия.

С 23.08 по 11.10 96 г. - госпитализация в УРЦ для оперативного закрытия нефро- и цистостомы, пластики лоханочно-мочеточникового сегмента слева, низведения яичек в связи с крипторхизмом.

В нефрологическое отделение 2-й детской больницы г. Минска ребенок поступил планово в сентябре 1998 года по поводу вторичного пиелонефрита на фоне врожденного уретерогидронефроза. Состояние при поступ-

лении по поводу основного заболевания средней тяжести.

Активен, задержки психического и физического развития не отмечается (рис.2). При внешнем осмотре (фото 2) определяются стигмы, дисэмбриогенеза: низкий рост волос, диптерелоризм, антимонголоидный разрез глаз, готическое небо, искривленные мизинцы кистей рук. Расширена нижняя апертура грудной клетки, резко выражена полоса Филатова-Гаррисона. Брюшная стенка дряблая, аплазия прямых мышц живота. Живот асимметричен. Выступает его правая половина, печень + 1,5 см, расхождение прямых мышц живота в верхней и средней трети. В надлонной, левой паховой и поясничной областях послеоперационные рубцы.

Лабораторные данные: гемограмма - гемоглобин 120 г/л, гематокрит 35,7 %, лейкоциты - 8,6-109/л, СОЭ - 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: мочевины - 4,8 ммоль/л, креатинин - 41 мкмоль/л, тимоловая проба - 1,97, алат - 11 ед./л, глюкоза - 3,97 ммоль/л, общий белок - 69 г/л.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1009, лейкоциты - 8-10 в поле зрения. В пробе Зимницкого удельный вес минимальный - 1005, максимальный - 1012, объем суточной мочи - 980 мл.

Клиренс по эндогенному креатинину и мочеvine: мочевины крови - 5,28 ммоль/л, мочевины мочи - 103 ммоль/л, минутный объем - 0,59 мл/мин., креатинин крови - 43 мкмоль/л, креатинин мочи - 2200 мкмоль/л, фильтрация - 65, 7 мл/мин, реабсорбция - 99,1 %.

Данные УЗИ 26.09.98 г.

Эхоскопически определяется увеличение размеров печени. Со стороны почек атония чашечно-лоханочной системы справа, пиелэктозия, гидронефротическая трансформация ЧЛС с обеих сторон. Правая почка: длина 80 мм, ширина 3,1 мм, паренхима 10 мм, чашечки 8 мм. Левая почка: длина 97 мм, ширина 24 мм, паренхима не дифференцируется.

На ЭУ от 02.1998 г. (фото 3) функция определяется с двух сторон, на 7-й, 2-й и 60-й минутах чашечки и лоханки расширены больше слева, мочеточники широкие, определяются на всем протяжении (рис №3). Контур пузыря ровные. При сравнении с ЭУ до операции отмечается положительная динамика: уменьшился размер чашечек, лоханок, диаметр мочеточников, улучшилась эвакуация контрастного вещества.

В настоящее время состояние мальчика компенсированное, вспышки активности пиелонефрита редкие. Но полной нормализации анатомо-рентгенологической архитектоники почек и мочеточников после оперативного лечения не наступило. Сохраняется умеренное снижение порционных функций почек, расширение чашечно-лоханочной системы.

В дальнейшем ребенок нуждается в активном, постоянном ведении урологом и педиатром, тщательном контроле функций почек, противорецидивном лечении пиелонефрита.

Литература

1. *Тератология человека/Под ред. Г.И. Лазюка. М.: Медицина. 1991. 480 с.*
2. *Урология/Под ред. Н.А.Лопаткина. М.: Медицина, 1992. С. 496.*
3. *Сеймивский Д.А./Клиническая хирургия. 1988. №12. С. 18-22.*

А.Г.Бресский,
И.М.Арестова

Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск

Травматизация нижней надчревной артерии во время операции кесарева сечения

В последние годы отмечается тенденция к значительному расширению показаний к абдоминальному родоразрешению, что преследует цель улучшить исходы родов для плода и матери. В связи с этим большую актуальность приобретает рациональный выбор анестезиологического пособия, совершенствование техники брюшностенного кесарева сечения. Одним из способов вскрытия передней брюшной стенки яв-

ляется разрез по Пфанненштилю, хотя отношение к такому доступу неоднозначно. Одним из осложнений при таком доступе может быть травматизация нижней надчревной артерии, что ведет к кровотечению.

Предлагается описание такой ситуации. У роженицы на 4-е сутки после операции кесарева сечения появилась клиника внутреннего кровотечения. Первоначальный